

# طلب الحصول على مُساعدة

APPLICATION FOR BENEFITS

## أسئلة وأجوبة

إذا احتجت إلى مُساعدة لقراءة هذه الوثيقة، الرجاء طلب المساعدة من موظف الاستقبال.

### سؤال: كيف أتقدم بطلب للحصول على المساعدة؟

- جواب:**
- أملأ استمارة الطلب وخذلها أو أرسلها عن طريق البريد إلى مكتب المحلي.
  - ضع علامة في المربع الموجود بالصفحة 2 إذا احتجت للمساعدة.
  - للبدء في إجراءات الطلب، أعطينا اسمك وعنوانك وتوقيعك.
  - إن لم يكن لك عنوان، أعلم المستلم بذلك.
  - لإستكمال إجراءات الطلب، أملأ الصفحتين 3 و 4.



مساعدة مالية



مساعدة غذائية



مساعدة طبية



مساعدة عامة لمن لا يتأهل  
للعمل



عناية التمريض في المنزل  
أو المساعدة للأحياء

أشخاص  
مساعد  
أشخاص

### سؤال: متى ستبدأ المساعدة؟

- جواب:**
- تبدأ المساعدة المالية والطبية لما تمدنا بكل المعلومات التي تحتاج إليها للتأكد من أهليتك.
  - تبدأ المساعدة بالنسبة للطعام الأساسي في التاريخ الذي تقدم فيه الطلب.

### سؤال: ماذا لو احتجت إلى مساعدة غذائية في الحين؟

- جواب: أجب عن الأسئلة من 1 إلى 14 وسلم الاستمارة إلى موظف الاستقبال في الحين. إن لم تكن بالكتاب المحلي، أرسل هذه الاستمارة عن طريق البريد أو سلمها بنفسك إلى المكتب المحلي.**

قد تحصل على المساعدة الغذائية خلال خمسة (5) أيام من تاريخ استلامنا للطلب إذا:

- قدمت ما يثبت هويتك;
- إن كان دخل عائلتك ضعيف جداً أو موارد أخرى;
- أو إن لم يكن دخل عائلتك والموارد الأخرى يكفي لتغطية الإيجار الشهري والمرافق;
- إن كان أحد أفراد العائلة، عاماً مُنتقلاً عاطلاً عن العمل أو عاماً فلاحياً موسمياً.

### سؤال: هل بإمكاني الحصول على المعلومات وخدمات الإحالات؟

- جواب:** إذا لم يكن دخلك يتتجاوز الحد الأقصى لإجمالي الدخل (راجع قانون 388-0060-478)، فإنك تتأهل لاستخدام موقعنا على الإنترن特 للمعلومات والإحالات، واسم الموقع باللغة الإنجليزية Your Community Services Office، للبحث عن الخدمات التي قد تحتاج إليها أنت أو عائلتك. ويتضمن هذا الموقع العديد من المعلومات حول البرامج والموارد التي تقدمها المصلحة في المنطقة والتي قد تستفيد منها. لاستعمال هذا الموقع، زر العنوان التالي باستخدام أي جهاز كمبيوتر يمكنك من الوصول إلى الإنترنرت: <https://wws2.wa.gov/dshs/onlinecso>.

#### معلومات هامة حول وضع الهجرة وأرقام الضمان الاجتماعي

- بإمكانك تقديم طلب للحصول على المساعدة لبعض أفراد عائلتك حتى وإن كان بعض أفراد العائلة غير مُؤهلين بسبب وضعهم القانوني إزاء الهجرة. توفر ولاية واشنطن بعض البرامج الطبية للأفراد بدون رقم ضمان إجتماعي أو ما يثبت وضعهم القانوني إزاء الهجرة.
- إذا احتجت إلى مساعدة غذائية أو مالية، سوف تضطر إلى تقديم رقم الضمان الاجتماعي أو ما يثبت وضعهم القانوني إزاء الهجرة، بالنسبة للأشخاص المتقدمين بالطلب فقط. بإمكانك أن تقدم رقم ضمان إجتماعي تلقائياً، ولكن نستعمله إلا للثبت من المعلومات الضرورية، مثل دخلك، لتحديد تأهيلك. إذا اخترت عدم توفير رقم ضمانك الاجتماعي أو ما يثبت وضعهم القانوني إزاء الهجرة، سوف يتم التثبت من دخلك وموارده إن كان ذلك ضروريًا لتحديد تأهيلك.

تمنع كتابة الدولة للفلاحة بالولايات المتحدة (s) التمييز في كل برامجها ونشاطاتها باعتبار العرق أو اللون أو الجنس أو الدين أو البلد الأصلي أو التوجهات السياسية. بالنسبة للأشخاص ذوي اعاقة والذين تتطلب حالتهم وسائل إتصال بديلة للمعلومات حول البرنامج (اللغة برايل أو طباعة بالخط الكبير أو كاسيت سماعية، إلخ)، يجب عليهم الاتصال بمركز كتابة الدولة للفلاحة: "USDA's TARGET Center" بالرقم التالي: 2600-720-7202 (بالنسبة للصم والبكم). إذا أردت رفع دعوى في التمييز، الرجاء الكتابة إلى مكتب الحقوق المدنية:

USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410  
أو الاتصال بالرقم: 720-5964 (بالنسبة للصم والبكم). تتحرج كتابة الدولة للفلاحة مبدأ المساواة في التوظيف.



# طلب الحصول على مساعدة

APPLICATION FOR BENEFITS



إذا احتجت لمساعدة للأهزة الاستثمارية،  
الرجاء تأشير هذا المربع وأخذه إلى موظف الاستقبال.

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>	
DATE RECEIVED	INITIALS

2. رقم هوية العميل (إن كان معروفاً)	الحرف الأول للاسم الثاني	اللقب العائلي	التوقيع (الزمامي)
4. رقم الهاتف بالمنزل أو هاتف الرسائل الصوتية	العنوان السكن	المدينة	الرمز البريدي
6. رقم الهاتف بالعمل	5. العنوان البريدي (إن كان مختلفاً)	البلدة	الرمز البريدي
7. عنوان البريد الإلكتروني	9. أنا متقدم بطلب للحصول على (الرجاء وضع إشارة على كل المربعات المناسبة):		
8. رقم الهاتف الجوال	<input type="checkbox"/> غيره (الرجاء الشرح): <input type="checkbox"/> تمريض في المنزل <input type="checkbox"/> علاج بسبب الإدمان على المخدرات والكحول <input type="checkbox"/> مال <input type="checkbox"/> غذاء <input type="checkbox"/> مساعدة المعاش أو داخل المنزل <input type="checkbox"/> علاج طبي COPES		
10. ما هو المبلغ الذي من المنتظر أن تحصل عليه عائلتك في هذا الشهر: \$ _____			
11. ما هو المبلغ الذي في حوز عائلتك الآن سواء نقداً أو مودعاً في حسابات بنكية: \$ _____			
12. ما هو مبلغ الإيجار أو القرض العقاري الذي تدفعه عائلتك شهرياً: \$ _____			
13. ما هي المراقبة التي تتتكلف بها عائلتك: <input type="checkbox"/> التدفئة/التربريد <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____			
14. هل يعمل أحد أفراد العائلة في المزارع بشكل موسمي أو متنقل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			

**FOR OFFICE USE ONLY - Household eligible for expedited service:**  Yes  No **Screener's Initials:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

15. يجب أن يتم الحديث عن طريق الهاتف لأنني: <input type="checkbox"/> مُسنّ <input type="checkbox"/> مُعاق <input type="checkbox"/> أعمل <input type="checkbox"/> هناك إعاقات أخرى: _____			
16. أحتاج إلى مترجم. أتحدث _____ أو لغة إشارات؛ أريد رسالتي باللغة: _____			
17. إن كنت تطلب مساعدة غذائية، ما هو عدد الأفراد في عائلتك الذين تشتري الطعام وتعده لهم؟ _____			
18. خلال 30 يوماً الماضية، حصلت على مساعدة مالية أو غذائية أو طبية من ولاية أخرى أو من مصدر آخر: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
19. لقد تمت إدانتي، أو إدانة شخص آخر أتقدم باسمه في هذا الطلب، هارب من القانون لأنحبذهاب إلى السجن بسبب جريمة لها علاقة بالمخدرات بعد تاريخ 21 أغسطس 1996: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
20. إني، أو شخص آخر من عائلتي في حالة، (أشر كل ما هو مُناسب): <input type="checkbox"/> حامل؛ تاريخ الولادة: _____			
<input type="checkbox"/> تم غلق المراقبة أو ليس هناك تدفئة <input type="checkbox"/> في حالة طبية طارئة <input type="checkbox"/> إشعار بإخلاء المحل <input type="checkbox"/> حالة عنف عائلي <input type="checkbox"/> إعاقة (أذكر النوع): _____			
22. المعلومات التالية إرداية ولن تستعمل لتحديد تأهلك للحصول على المساعدة.			
أصلي العربي إسباني أو لاتيني: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا أعتبر أصلي العربي على أنه (أشر كل الأجهزة المناسبة): <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أسود أو إفريقي-أمريكي <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> من موايد جزر هواي أو جزر الباسيفيك <input type="checkbox"/> من الهندو الصيني أو من موايد آسيا: ما هو اسم القبيلة: _____ <input type="checkbox"/> غير ذلك (أذكر): _____			

الجنس ذكر أو أنثى	رقم الضمان الاجتماعي	خيارات غير مقدمي الطلب		هل تزيد مساعدة لهذا الشخص؟ نعم لا	ما هي علاقة القرابة بينكم؟	الاسم (الأول، الوسط، اللقب العائلي)
		إن لم يكن مواطناً أمريكي، هل هناك وثيقة تثبت وضعه القانوني؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	مواطن أمريكي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____



رقم هوية العميل	رقم الضمان الاجتماعي	اسم صاحب الطلب
-----------------	----------------------	----------------

## I. معلومات عامة

1. كل الأفراد الذين تقدمت بالطلب نيابة عنهم يسكنون في ولاية واشنطن.  نعم  لا إن كان الجواب نعم، بداية من (أذكر التاريخ): \_\_\_\_\_

2. أنا أو فرد آخر في عائلتي، أجنبني تحت الكفالة:  نعم  لا \_\_\_\_\_

3. أحد الأفراد لا يقيم معنا حالياً بصفة مؤقتة:  نعم  لا إن كان الجواب نعم، من هو هذا الفرد (أذكر اسم الفرد): \_\_\_\_\_

4. أنا، أو أحد أفراد عائلتي من قدماء المحاربين أو معال أو زوج (زوجة) أحد قدماء المحاربين (متوفياً أو على قيد الحياة):  نعم  لا \_\_\_\_\_

5. أنا أسكن في:  منزلي أو شقتي  منزل خاص بالبالغين  منزل مخصص لمجموعة من الناس  مُنشأة (أذكر النوع): \_\_\_\_\_  غيره: \_\_\_\_\_

6. أنا:  أعزب (عازبة)  متزوج (متزوجة)  متطلق (متطلقة)  أرمل (أرملة)

### III. معلومات حول التأمين الصحي والطبي

أنا، أو نحن (ضم علامة على المربع المناسب):

1. لدى (الدينا) مشاكل صحية تمنعني (تعنعني) من العمل .....  نعم  لا
  2. لدى (الدينا) فواتير طبية غير مدفوعة .....  نعم  لا
  3. أحتاج (تحتاج) إلى مساعدة لدفع فواتير طبية خلال الثلاثة (3) أشهر الماضية .....  نعم  لا
  4. أنوي (ننوي) الدخول إلى، أنا (نحن) في، أو غادرنا مؤخرًا منشأة طبية (مثل المستشفى أو منشأة للرعاية) .....  نعم  لا
  5. لدى (الدينا) تأمين صحي (بما في ذلك «ترايكار» Tricare أو تأمين Long-Term Care Insurance). .....  نعم  لا
  6. لدى (الدينا) مديكار Medicare: هذا مختلف عن القسيمات الطبية .....  نعم  لا
  7. لقد أصبحت (أصبحنا) في حادث يتطلب عناية طبية .....  نعم  لا

الموارد III.

بالإضافة إلى العناصر المذكورة أدناه، تشمل الموارد النقد أو المال في حوز أشخاص آخرين أو عقود البيع أو الماشية أو القمح (الحصاد، التمار) والمعدات التجارية.

١. لدى، لزوجي (زوجتي) أو الشخص آخر أتقدم بالطلب نيابة عنه، موارد:  نعم  لا

نوع المورد؟	من يمتلك هذا المورد؟	أين يوجد هذا المورد (مثال: اسم البنك)؟	البلغ أو القيمة	من يمتلك هذا المورد؟	أين يوجد هذا المورد (مثال: اسم البنك)؟	أين يوجد هذا المورد (مثال: اسم البنك)؟	من يمتلك هذا المورد؟	نوع المورد؟
حساب (حسابات) بنكية			\$					حساب (حسابات) بنكية
حساب (حسابات) إدخار أو نقابات التسليف			\$					حساب (حسابات) إدخار أو نقابات التسليف
حساب (حسابات) مدفوعات نقدية أو السوق النقدية			\$					حساب (حسابات) مدفوعات نقدية أو السوق النقدية
أموال تحت الوصاية أو إيراد سنوي			\$					أموال تحت الوصاية أو إيراد سنوي
أسهم أو سندات أو استثمارات مُشتركة			\$					أسهم أو سندات أو استثمارات مُشتركة
صناديق تقاعد أو إجراءات التقاعد (IRA)			\$					صناديق تقاعد أو إجراءات التقاعد (IRA)
حسابات أو خطة أو قطعة أرض للدفن			\$					حسابات أو خطة أو قطعة أرض للدفن
تأمين على الحياة			\$					تأمين على الحياة
ملکية			\$					ملکية
غير ذلك:			\$					غير ذلك:
غير ذلك:			\$					غير ذلك:
2. أنا أو زوجي (زوجتي) أو شخص آخر تقدمت بالطلب نيابة عنه، بعثت أو تبادلت أو تنازلت عن أو نقلت مصدراً خلال الخمسة (5) سنوات الأخيرة (بما في ذلك المقولات إلى أموال تحت الوصاية أو ملکية مدى الحياة): <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إن كان الجواب نعم، ما هو هذا المورد: _____ متى: _____								2. أنا أو زوجي (زوجتي) أو شخص آخر تقدمت بالطلب نيابة عنه، بعثت أو تبادلت أو تنازلت عن أو نقلت مصدراً خلال الخمسة (5) سنوات الأخيرة (بما في ذلك المقولات إلى أموال تحت الوصاية أو ملکية مدى الحياة): <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إن كان الجواب نعم، ما هو هذا المورد: _____ متى: _____
3. لدى، أو لشخص آخر تقدمت بالطلب نيابة عنه، السيارات (العربات) التالية (بما في ذلك الشاحنات والحافلات والمركبات والقطارات):								3. لدى، أو لشخص آخر تقدمت بالطلب نيابة عنه، السيارات (العربات) التالية (بما في ذلك الشاحنات والحافلات والمركبات والقطارات):
السنة (مثال: 1980) أنا (نحن) لزلت مدينياً بالنسبة لهذه العربية.	الموديل (مثال: فورد) أنا (نحن) أستعمل هذه العربية لأغراض طيبة.	هل هذه العربية مؤجر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	النوع (مثال: إسكورت) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					السنة (مثال: 1980) أنا (نحن) لزلت مدينياً بالنسبة لهذه العربية.
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					



#### IV. الدخل

1. لدى، أو لزوجي (زوجتي) أو شخص آخر تقدمت بالطلب نيابة عنه، دخل:  نعم  لا إن كان الجواب نعم، املاً هذا القسم:

المبلغ الإجمالي الحاصل (القيمة بالدولار قبل الضرائب)

\$ كل:  ساعة  أسبوع  أسبوعين

مرتين في الشهر  شهرياً ساعات في الأسبوع:

تاريخ الدفع (مثال: 1 و 15 من كل شهر، أو كل يوم الجمعة): \_\_\_\_\_

اسم صاحب العمل ورقم الهاتف

هل هذه وظيفة حرة؟  نعم  لا

من هو الشخص الحاصل على هذا الدخل:

المبلغ الإجمالي الحاصل (القيمة بالدولار قبل الضرائب)

\$ كل:  ساعة  أسبوع  أسبوعين

مرتين في الشهر  شهرياً ساعات في الأسبوع:

تاريخ الدفع (مثال: 1 و 15 من كل شهر، أو كل يوم الجمعة): \_\_\_\_\_

اسم صاحب العمل ورقم الهاتف

هل هذه وظيفة حرة؟  نعم  لا

من هو الشخص الحاصل على هذا الدخل:

2. أنا، أو زوجي (زوجتي) أو شخص آخر تقدمت بالطلب نيابة عنه، غادر وظيفته خلال الستين (60) يوماً الماضين.  نعم  لا

الدخل الجملي الشهري	من يحصل على الدخل؟	الدخل الشهري	من يحصل على الدخل؟	دخل آخر
\$	\$	\$	\$	مساعدات بسبب البطالة (عدم الشغل)
\$	\$	\$	\$	الضمان الاجتماعي
\$	\$	\$	\$	دخل إضافي من الضمان الاجتماعي (SSI)
\$	\$	\$	\$	إعالة طفل أو صيانة زوج (زوجة)
\$	\$	\$	\$	التقاعد أو المعاش
\$	\$	\$	\$	إدارة قدماء المحاربين (VA) أو الجيش
\$	\$	\$	\$	الشغل والصناعة (L&I) أو منافع التأمين
\$	\$	\$	\$	أموال تحت الوصاية أو إيراد سنوي
\$	\$	\$	\$	غير ذلك:

#### V. المصاريف (النفقات) الشهرية

تقديرات الملكية	ضرائب على الملكية	تأمين الملكية	إيجار محلٌّ	الرهن	إيجار
\$	\$	\$	\$	\$	\$

المراافق (ضع علامة على كل المربعات المناسبة):  الكهرباء (دون التدفئة)  الهاتف  التدفئة (الغاز، الكهرباء، النفط)  الماء، الزبلة، ...

هناك وكالة أخرى، أو شخص آخر يساعدني على دفع قسط من، أو كل نفقات المنزل:  نعم  لا

ما هي هذه النفقات: \_\_\_\_\_ إن كان الجواب نعم، من: \_\_\_\_\_ المبلغ الذي يدفعونه: \$ \_\_\_\_\_

أقوم (نقوم) بدفع، أو من المنتظر أن أدفع (ندفع) (ضع علامة على كل المربعات المناسبة):

<input type="checkbox"/> عناء طفل أو شخص معال	الملبغ الشهري: \$ _____	من يدفع: _____
<input type="checkbox"/> إعالة طفل	الملبغ الشهري: \$ _____	من يدفع: _____
<input type="checkbox"/> فواتير طبية	الملبغ الشهري: \$ _____	من يدفع: _____

#### التصريح والتوكيع

لقد قرأت واطلعت على (أو قُسّرت لي) حقوقي وواجباتي واستلمت نسخة من وثيقة «حقوق وواجبات العميل (X-14-113)». يجب أن أصرّح بكل التغييرات كما هو مطلوب من طرف الإدارة. يجب أن أقدم الأدلة الثابتة على أنني مؤهل. قد تساعدني إدارة (DSHS) على الحصول على هذه الأدلة أو الاتصال بأشخاص أو وكالات آخرين من أجل ذلك. بحصولي على المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة (Temporary Assistance to Needy Families - TANF) أو مساعدات العناية الطبية، إني أحول بعض حقوقني فيما يتعلق بإعالة الطفل أو بالرعاية الطبية إلى ولاية واشنطن. أحيل (تحليل) بتقديم طلبى والحصول على مساعدات الرعاية الطبية إلى ولاية واشنطن حقوقنا) في الحصول على المساعدة الطبية وأى دفعات لطرف ثالث بسبب العناية الطبية مقابل هذه الخدمات أثناء حصولي على المساعدة الطبية. أصرّح تحت طائل عقوبات الغش والتزوير أن المعلومات التي قدمتها في هذه الوثيقة صحيحة وحقيقة وكاملة إلى حد معرفتي. أنا مُتفهم أنه بالإمكان محاكمتي عدليًا إذا استلمت مُساعدة تقديرية أو غذائية أو طبية بصفة غير صحيحة لأنني قمت عنوة بتقديم تصريحات مزورة أو لم أقدم عنوة معلومات كان على الإدلاء بها. يجب على صاحب المطلب فقط توقيع الوثيقة إن كان المطلب يتعلق بمساعدة برنامج الطعام الأساسي (Basic Food). إن كان الطلب للحصول على مُساعدة مالية أو طبية، يجب على كل أفراد العائلة البالغين توقيع الوثيقة.

التاريخ	توقيع صاحب الطلب الثاني البالغ	التاريخ	توقيع صاحب الطلب
التاريخ	توقيع الشاهد إن كان التوقيع بإشارة "X"	التاريخ	توقيع المساعد أو الممثل

